

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 481

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juillet 1901, à 1 heure.

Par HENRI VALLÉE

né à Ste Pallaye (Yonne) le 2. juin 1874

SYPHILIS ET ICTÈRE

Président : M. DEBOVE, professeur

*Juges } MM. HUTINEL, professeur.
CHARRIN et WURTZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1901

481

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 mars 1901, à 1 heure

Par M. V. L. L.

Docteur en Médecine

THÈSE

SYPRILIS ET ICTÈRE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

La Faculté de Médecine de Paris a reçu de M. V. L. L. la thèse de M. V. L. L. intitulée : SYPRILIS ET ICTÈRE.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

12, rue Cassini, 12

1901

184



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juillet 1901, à 1 heure.

Par HENRI VALLÉE

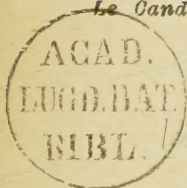
né à Ste Pallaye (Yonne) le 2 juin 1874

SYPHILIS ET ICTÈRE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges } MM. HUTINEL, professeur.
CHARRIN et WURTZ, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDE
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.....
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		JACCOUD.
Clinique médicale		HAYEM.
		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
Clinique gynécologique		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (André)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARAIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR DEBOVE

Professeur de clinique médicale
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Notre ami d'enfance, M. Charles Laubry, interne de M. le docteur Achard nous a indiqué le sujet de ce travail et nous a guidé dans la rédaction. Nous l'en remercions bien cordialement.

Que M. le docteur Hirtz nous permette de lui exprimer notre reconnaissance pour la peine qu'il s'est donnée de nous enseigner les éléments de la Clinique et de l'auscultation. Egalement nous garderons un souvenir ému de la bienveillance que nous a témoignée M. le docteur du Castel pendant l'année passée dans son service à l'hôpital Saint-Louis.

Nous n'oublierons pas que M. le docteur Brocq nous a accueilli avec obligeance dans son service ; que M. le docteur Reynier nous a donné le premier les notions indispensables de l'antisepsie ; et que M. le docteur Doléris nous a initié à la pratique difficile des accouchements. Nous les remercions bien sincèrement, ainsi que les médecins des hôpitaux ou professeurs à la Faculté desquels notre éclectisme nous a fait suivre les leçons.

M. le Professeur Debove a bien voulu accepter la présidence de cette thèse : nous nous permettons de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance.

SYPHILIS ET ICTÈRE

Nous nous proposons d'établir les rapports entre la syphilis, maladie infectieuse, à manifestations multiples, cutanées ou viscérales et l'ictère, symptôme objectif qui peut relever de causes diverses.

C'est pourquoi nous avons écrit, en tête de ce travail. « Syphilis et Ictère » non que nous nous refusions à l'existence d'un ictère syphilitique, observé et démontré avant nous, et que, au surplus nous étudierons, après ceux qui en ont écrit ; mais parce qu'il nous a semblé ainsi ne rien préjuger dès l'abord, l'ictère pouvant être une coïncidence au cours de la vérole et non la démonstration que la glande hépatique est en état de mal syphilitique.

Nous aurons d'ailleurs à propos de l'ictère secondaire, à rappeler que des auteurs : Mauriac, Lacombe, font de cet ictère un ictère catarrhal ordinaire, la syphilis étant simplement une cause occasionnelle et non déterminante.

Les travaux sont nombreux qui traitent, ou spécialement de l'ictère syphilitique ou qui le signalent, en étudiant les manifestations hépatiques de la syphilis. Nous en abrègerons l'énumération au cours de l'histoire, déjà nourri dans la thèse — relativement éloignée — de Lacombe (1874) et dans celle de Schroder (1887). Nous nous

efforcerons de dégager la marche des idées vers les conceptions actuelles. Puis nous en arriverons à notre but qui est d'étudier l'ictère, à toutes les périodes de la syphilis : période primaire, période secondaire et période tertiaire ; nous exposerons les différentes hypothèses pathogéniques et, s'il nous est possible, nous ferons, nous aussi, un essai de pathogénie que nous appuierons sur les plus récentes données cliniques et anatomo-pathologiques.

Notre travail portera donc sur :

1° Ictère au cours de la période primaire.

a. — *Emotif*. — Nous citerons deux observations.

b. — *A potu immoderato* :
processus gastro-intestinal.

2° Ictère au cours de la période secondaire.

C'est le plus fréquemment observé.

3° Ictère au cours de la période tertiaire.

Rare.

Mais avant de commencer l'étude d'un des principaux symptômes, par quoi se traduit la souffrance du Foie ; nous estimons qu'il serait à la fois injuste et incomplet de ne pas rappeler les travaux antérieurs, puisque les uns nous ont fourni des théories, des documents, et que les autres, par cela seulement qu'ils traitaient de loin ou de près de la syphilis hépatique, ont forcément sollicité notre attention,

HISTORIQUE

Cet historique, que nous préférons ne pas scinder nettement, — on sort malgré soi des divisions que l'on s'impose — apparaîtra cependant comme englobant trois périodes : la période ancienne que, violant un peu les chronologies nous ferons arriver jusqu'à Gubler ; la période moderne qui commence avec cet auteur et enfin, tout près de nous, la période contemporaine.

Période ancienne. — Galien faisait du foie l'organe le plus affecté par la syphilis ; et cela par une déduction logique de ses considérations sur le rôle important joué par le foie dans les maladies.

Après lui, ses doctrines régnèrent, et l'on continua à incriminer le foie.

Fallope, en 1555, note la fréquence des maladies du foie dans la syphilis héréditaire.

Massa, en 1563, cite la teinte cachectique du début de la syphilis, mais pas l'ictère.

Astruc (1640)... dit Mauriac, ne manqua pas de faire engorger le foie par la syphilis, comme il faisait engorger tout le reste.

Rosen de Rosenstein (1764) dit dans son *Traité des Maladies des Enfants* « que la « Jaunisse » a été remar-

quée par les bons observateurs parmi les accidents de la syphilis et que, dans ce cas, elle peut guérir par le mercure ».

Nous citerons encore Portal (1812), ouvrage sur les maladies du foie, et Rayer (1837) qui montre la coïncidence fréquemment rencontrée entre les néphrites albumineuses d'une part, et les maladies du foie de l'autre chez les malades atteints de syphilis constitutionnelle. Déjà, vers cette époque, on commence à entrevoir le rôle possible de la syphilis, mais la dominante de cette période, c'est que presque tous les auteurs n'ont eu en vue que la syphilis tertiaire.

Période moderne. — Dans cette période, la clinique domine ; les observations se multiplient et des essais de pathogénie s'élaborent.

Déjà Ricord, en 1839, s'appuyant sur deux cas, se demandait si la perturbation produite par l'intoxication syphilitique ne pourrait être une cause de l'ictère, lorsque paraît en 1853 le mémoire de Gabler sur « l'ictère accompagnant quelquefois les éruptions syphilitiques précoces ».

« L'ictère, dit cet auteur, se montre dans des conditions très diverses chez les sujets affectés de syphilis constitutionnelle. Tantôt c'est un phénomène tardif lié à une altération profonde..., tantôt, c'est un accident précoce, en apparence indépendant de toute lésion hépatique ».

Pour Gabler, l'ictère est une conséquence médiate de la syphilis et la cause un catarrhe des voies biliaires d'un processus analogue à l'exanthème.

Luton et Foville appuyèrent l'explication de Gubler. Cependant, persistait le doute, ainsi que l'écrivait Lancereaux, qui, à la notion de poussée congestive, ajoutait la compression des canaux biliaires par les ganglions du hile tuméfiés et altérés « mécanisme prouvé par l'autopsie pour la syphilis tertiaire » (1).

Vers la même époque paraissent ; la thèse de Quélet (1866) sur la syphilis hépatique, le Traité de la syphilis de Hérard (1864).

Mais la confusion règne encore un peu ; les uns se préoccupent toujours de la syphilis tertiaire, sans avoir nettement posé les relations de cause à effet, entre la syphilis et l'ictère ; « et cependant, dit Lancereaux, ce « qu'on ne peut contester, c'est l'apparition relativement « fréquente d'un ictère particulier, au début de la période « secondaire de la syphilis ».

Cet ictère secondaire, dit le professeur Fournier, a été accepté sans grande opposition. Toutefois, des restrictions furent faites. Le professeur Cornil est encore plus réservé « car il n'y a pas d'autopsie » et il ajoute : « Hardy n'en a pas trouvé un seul cas très probant ».

Néanmoins, l'ictère syphilitique secondaire paraît acquiescer droit de cité : mais jusqu'ici on n'a pas prononcé à son propos le mot de gravité. Il est, en effet, considéré comme bénin ; ses allures sont à peu près celles d'un ictère catarrhal. Il cède facilement au traitement et, malgré sa tendance à récidiver, il guérit en 20 à 30 jours.

Et cependant l'ictère grave existait : et la thèse de G.

1. *Traité de la syphilis*, 1865.

Lacombe, en 1874, contenait les cas jusque-là épars de Charcot (Observation prise dans le service de Piorry) ceux rapportés par Verdet dans sa thèse (1851) et par Féréol à la Société anatomique (1858) et suivis de mort.

La thèse de Delavarenne (1879) apporte une nouvelle hypothèse pathogénique : les congestions répétées déterminant une altération du foie, qui se traduit par de l'hypertrophie et l'ictère.

Mossé, en 1879, publie sa thèse sur l'ictère grave.

Quédillac (1) distingue trois formes .

1° Ictère catarrhal secondaire bénin, 5 observations ;

2° Ictère secondaire simulant colique hépatique, 1 cas ;

3° Ictère syphilitique, lié à la syphilis héréditaire précoce ; forme grave.

Schröder (2) après avoir discuté les théories pathogéniques de ses devanciers, considère l'ictère syphilitique comme un ictère infectieux par voie sanguine. Il décharge le traitement mercuriel que l'on avait accusé d'être la cause en produisant le catarrhe gastro-intestinal. Enfin il apporte aussi cette notion que, si cet ictère cède au traitement, il peut, non soigné, dégénérer en hépatite profonde ou ictère grave.

Période contemporaine. — Nous avons quelque scrupule à établir cette division que nous essaierons de justifier en disant que depuis la thèse de Schroder, l'on s'est surtout préoccupé de l'ictère grave.

En outre, on a surtout affaire à des communications

1. Quédillac. Thèse (Paris 1887).

2. Schröder. Thèse (Paris 1887).

portant sur un ou plusieurs cas, le seul travail d'ensemble étant la thèse de Gallot (Lyon 1894). Mais surtout, cette période est anatomo-pathologique; rien d'étonnant, étant donnée la nature du sujet qui intéresse, l'ictère grave entraînant presque toujours la mort.

Lewin en 1892, publie un cas d'ictère syphilitique. Neumann présente un cas d'ictère coïncidant avec une néphrite. A ce sujet la pathogénie est discutée, et Neumann admet pour l'ictère et même la néphrite une cause syphilotoxique.

Puis vient la thèse de Gallot (Lyon 1894) où il est admis deux formes d'ictère : a) forme légère bénigne : b) forme grave qui mène à l'adynamie. Dans les deux cas, pour l'auteur, l'ictère rentre dans la catégorie des maladies infectieuses, la cause efficiente étant la syphilis.

Au congrès de Lyon 1894, Roque et Devic apportent l'observation complète d'un cas d'ictère grave mortel pendant le cours de la période secondaire et attirent l'attention sur une donnée étiologique qui résiderait dans le passé hépatique.

En 1897, M. Talamon (1) publie un cas d'ictère grave avec atrophie jaune aiguë du foie, terminé en huit jours par la mort. Dans la discussion qui accompagne l'observation, M. Talamon pense que c'est par l'ictère que se traduit objectivement l'atteinte précoce portée au foie par la toxine syphilitique. Il insiste aussi sur la distinction à faire entre l'ictère grave, primitif, et traduisant probable-

1. *Médecine moderne*. Février 1897.

ment une virulence considérable, et l'ictère aggravé, par une lésion hépatique antérieure.

Vers la même époque sont publiés d'autres cas.

Lasch rapporte deux cas d'ictère contemporain de l'éruption (1) ; Ulmann, en 1895 un cas d'ictère sans troubles digestifs et Arnheim, en 1898, un cas d'ictère grave avec lésion d'atrophie jaune aiguë du foie.

Enfin, dans son traité de la syphilis, le professeur Fournier décrit avec soin l'ictère grave secondaire auquel il accorde la nature spécifique ; mais a tendance à faire de l'ictère bénin un ictère catarrhal vulgaire.

C'est cette distinction étiologique que nous allons nous efforcer d'établir en recherchant quelle peut être la part de la syphilis dans la production de l'ictère.

1. *Berlin. Klin. Wochenschrift* (in *Annales de Dermatologie*, 1894).

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

L'ictère, au cours de la syphilis, n'est pas une manifestation fréquente : et même pour qu'à cet ictère on puisse donner l'épithète de syphilitique faut-il que la maladie soit devenue constitutionnelle, Mauriac refuse la spécificité à l'ictère survenu quelques jours après le chancre et deux mois avant les éruptions secondaires. La syphilis, dans sa période primaire ne doit donc pas être incriminée si ce symptôme apparaît, et l'on ne peut en rapporter la cause qu'à l'émotion, ainsi qu'il ressort nettement d'une observation que nous rapportons : le choc moral, (et il existe, nous n'en doutons pas) que donne au malade l'énoncé du diagnostic, nous semble capable de produire une perturbation générale assez intense pour qu'il en résulte des troubles dans le fonctionnement des divers appareils, et en particulier dans le système gastro-intestinal. Ou bien par un autre mécanisme, surtout excès de boisson, le malheureux atteint par la syphilis s'octroie un ictère qui ne diffère en rien de l'ictère catarrhal vulgaire ; et, en somme, dans les deux cas, on ne saurait vraiment rendre la syphilis responsable : il n'y a là qu'une coïncidence.

Pour l'ictère de la période secondaire, sa nature spécifique a été matière à discussion. Les observations ne manquent pas, où seule, la syphilis est en cause ; une observation dans la thèse de Delavarenne, deux de Luton, trois de Lancereaux et une de Biermer, dont deux au moins probantes sur ces quatre dernières. Toutefois Mauriac dit que « tous les ictères survenant chez les syphilitiques ne doivent pas être considérés comme la preuve d'une détermination de la maladie constitutionnelle sur le foie et que en somme l'ictère syphilitique est une rareté ».

Le professeur Fournier même, dans son traité de la syphilis est sceptique à l'égard de l'ictère secondaire bénin. L'accord semblerait donc n'être pas fait : cependant nous croyons qu'il est impossible de rejeter cette proposition qu'en 1874 Lacombe écrivait s'appuyant sur l'autorité du professeur Gubler : « L'influence de la syphilis secondaire sur le développement de l'ictère, n'est plus guère aujourd'hui ni contestée ni contestable ».

A la période tertiaire l'ictère est une rareté.

L'âge ne semble pas jouer un rôle étiologique. Les mêmes limites qui correspondent à la plus grande fréquence des cas de syphilis, de 20 à 37 ans, sont aussi celles de l'ictère. Une malade de Frerichs (*in* thèse de Gallot) était âgée de 45 ans : il s'agissait d'un ictère grave secondaire.

Le sexe ne nous a pas non plus paru avoir une influence notable. On avait cru que la femme serait plus affectée que l'homme, surtout au cours de la période secondaire, alors que la grossesse vient s'ajouter comme cause d'aff-

faiblissement du parenchyme hépatique. Gubler, dans l'observation d'une malade enceinte de 4 mois, prend bien soin de montrer que la grossesse n'est pour rien dans ce cas d'ictère, et, partant de là, va presque jusqu'à rejeter l'ictère gravidique. Mauriac, sur 13 cas, trouve 7 hommes et 6 femmes.

Schröder, dans sa thèse inaugurale, nie l'influence saisonnière, à laquelle Mauriac attribue une certaine importance : sur 9 cas observés par cet auteur 6 cas eurent lieu à la fin d'avril, et à la fin d'août, à une époque où les hypersécrétions biliaires sont communes. Nous avons compulsé la plupart des observations rapportées dans les traités spéciaux ou dans les différentes thèses sans trouver d'argument pour ou contre cette hypothèse. L'ictère, et en particulier, l'ictère secondaire nous paraîtrait cependant éclater de préférence un peu plus tôt dans les mois de janvier et février.

Enfin la profession, parmi les causes prédisposantes, malgré le soin que nous avons pris d'en déterminer l'action, ne nous a nullement paru influencer et nous ne voulons pas entrer dans la discussion qui nous entraînerait trop loin ; car il nous semble que si la profession peut se ranger parmi les causes prédisposantes, ce n'est en tout cas que de façon médiate.

Les causes pathologiques ont certainement plus d'intérêt, et tout d'abord nous devons dégager le rôle de la syphilis. Il n'y a aucune corrélation entre la gravité des manifestations de la syphilis et la fréquence de l'ictère ; les syphilis bénignes s'accompagnant aussi bien d'ictère que les syphilis graves. Tout au plus faudrait-il signaler

comme important, d'après Neumann, la tendance qu'aurait la syphilis à envahir les voies digestives et aériennes supérieures. Quant à la gravité de l'ictère, elle n'implique pas la gravité de la syphilis et la prédisposition individuelle pourrait bien être un facteur important de malignité.

Dans certaines observations d'ictère grave, l'intensité de la syphilis n'est pas notée, et cependant la mort est survenue rapidement (Obs. XVIII *in* thèse de Lacombe).

La lecture des observations citées dans les auteurs ne nous a pas amené à attribuer un rôle important aux antécédents héréditaires, lesquels sont la plupart du temps insignifiants. Et cependant l'hérédité hépatique existe au même titre que l'hérédité nerveuse, pulmonaire ou cancéreuse. Nous devons donc nous en tenir aux hypothèses.

Les antécédents personnels, mieux relatés ne sont guère plus une source à données positives.

Les maladies infectieuses, aiguës ou chroniques déterminent dans le fonctionnement des divers organes des perturbations qui s'expriment par les symptômes morbides propres à chaque cas. Si donc, à cette cause perturbatrice, vient s'ajouter la syphilis, c'est une nouvelle infection qui vient germer sur un terrain déjà préparé par un premier ensemencement. Faire la part de la syphilis ou de l'infection antérieure dans la production d'un symptôme de souffrance hépatique, tel que l'ictère, n'est pas besogne facile. C'est pourquoi des auteurs nient encore la nature spécifique de l'ictère, ne voulant voir dans son apparition qu'une simple coïncidence (Mauriac).

Nous savons ce que cette proposition a d'excessif, et sans refuser aux infections un rôle essentiel, nous admettons que les aduérations pathologiques créent des états de moindre résistance : que survienne ensuite la syphilis, est-il impossible de concéder que cette dernière maladie, infectieuse au premier chef, aura sous sa dépendance les symptômes qui traduiront de nouvelles perturbations viscérales, ou faut-il alors ne voir dans la réapparition de ces symptômes que le réveil du premier agent infectieux sous l'impulsion syphilitique ? Pour nous, nous pensons que la syphilis peut assumer une telle responsabilité.

Dans les observations que nous avons lues, quelquefois nous trouvons rapportée une maladie infectieuse antérieure, rhumatisme articulaire aigu dans un cas de Luton ; fièvre typhoïde et blennorrhagie chez la même malade (*in* thèse de Schröder) ; fièvre typhoïde encore dans une observation (*in* thèse Delavarenne) ; mais la plupart du temps les malades sont indemnes de toute atteinte antérieure, et ce pourrait même être un argument contre ceux qui refusent à l'ictère sa notion de spécificité. M. Talamon d'ailleurs, admet que par l'ictère peut se traduire objectivement l'atteinte précoce portée au foie par la toxine syphilitique.

Plus directement encore peuvent agir les intoxications aiguës ou chroniques. L'alcool, qui touche si directement le foie fera à la syphilis le champ large. De même les auto-intoxications sous la dépendance d'une diathèse, diabète, et les dyscrasies, — les maladies de la nutrition. Mais ici, encore, sommes-nous réduits aux hypothèses. Car, presque jamais l'alcoolisme n'est observé dans les antécé-

dents, et en cette occurrence plus particulière, nous pensons qu'il vaudrait mieux dire non pas alcoolisme, mais excès de boisson, ou écarts de régime chez des personnes jeunes qui contractent la syphilis au cours d'une vie irrégulière, ou qui se départissent de leurs habitudes par dépression morale. Mais alors nous rentrerions dans l'ictère catarrhal.

Enfin les maladies du foie, les affections locales préparent encore mieux le terrain aux méfaits de la syphilis. Dans l'observation III du mémoire de Gubler, le malade avait été pris vers l'âge de 14 ans, d'un abattement général subit, déterminé par une constipation opiniâtre, et il avait toujours éprouvé un peu d'embarras dans les fonctions entéro-hépatiques. Dans le cas d'ictère grave de MM. Roque et Devic, la localisation de la syphilis sur le foie chez une femme très sobre a été pour ces auteurs vraisemblablement déterminée par l'ictère catarrhal survenu 13 ans auparavant.

Ces notions d'étiologie générale n'ont pas besoin d'être reprises pour la syphilis tertiaire. L'ictère, dans cette phase de la syphilis est rare, et sa production nous paraît plus intimement liée aux modifications organiques du tissu hépatique, modifications dans la production desquelles le rôle de la syphilis est encore à définir, « les causes qui « déterminent l'apparition d'une localisation hépatique de « l'infection étant encore fort obscures, bien que l'alcoo- « lisme, l'impaludisme, un ictère antérieur passent pour « créer une prédisposition encore mal démontrée (1) ».

1. *Traité de médecine et de thérapeutique*, Art. *Maladies du foie*.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La division en périodes s'impose :

A. — *Période primaire.*

Nous avons déjà dit que l'ictère, observé pendant la période primaire, c'est-à-dire quelques jours après l'apparition du chancre, et longtemps avant les accidents secondaires, ne pouvait être imputé à la syphilis. L'ictère, survenant à cette période est donc un ictère ou bien émotif, — non subit comme celui décrit dans les traités — l'émotion déterminant après elle des perturbations d'ordre général, se traduisant par des accidents gastro-intestinaux au bout d'une huitaine de jours environ, et nous en rapportons un cas très typique; ou bien le syphilité se livre à des excès de toute nature, et alors l'ictère qui se montre dans l'une ou l'autre circonstance ne nécessite pas ici une description spéciale que l'on trouvera mieux faite encore dans les livres de pathologie.

B. — *Période secondaire.*

Deux formes d'ictère à distinguer dans cette période :

1^o Forme bénigne ;

2^o Forme grave.

1° *Ictère bénin*. — *Début*. — Le début peut se faire de deux façons différentes. Tantôt, et c'est le plus souvent, il y a une série de prodromes digestifs, retentissant sur le système nerveux, qui ouvrent la scène : on y reconnaît le début classique d'un ictère catarrhal banal : anorexie, bouche pâteuse, nausées, vomissements. La langue est saburrale. La constipation, presque toujours notée, peut devancer de longtemps tous les symptômes. Il y a de la céphalalgie légère, de l'apathie intellectuelle et musculaire, parfois même des douleurs rhumatoïdes, un léger mouvement fébrile et, au bout de quelques jours l'ictère apparaît.

Gubler a rapporté un cas de début brusque, mais où l'émotion a joué un grand rôle, secondé par des excès de boisson (obs. III).

Tantôt le début est encore brusque ; mais là, il peut revêtir deux modalités : ou bien la syphilis s'associant à des manifestations viscérales autres que les déterminations hépatiques, ce sont des accidents généraux qui ouvrent la scène : céphalées tenaces, adénopathies multiples, néphrites syphilitiques ; hypertrophies spléniques et qu'accompagne l'ictère.

Ou bien plus ordinairement, en même temps que la roséole, soit 4 à 5 semaines après l'apparition du chancre ; rarement après la roséole, au moment des éruptions papuleuses ; exceptionnellement 10 mois après le chancre (cas de Lebert) apparaît lentement, graduellement, en plusieurs jours, sans signes fonctionnels, sans réaction générale, l'ictère syphilitique. Dans l'observation I de Schröder l'ictère s'est montré 8 mois après le chancre

coïncidant avec des éruptions syphilitiques secondaires sans aucun trouble digestif.

Période d'Etat. — La description des symptômes de la période d'Etat a été faite par M. le professeur Fournier mieux que nous ne le pourrions, et nous nous permettrons de faire un large emprunt à son magistral *Traité de la syphilis*: « La coloration jaune de la peau
« est plus ou moins intense, moyenne en général, quel-
« quefois assez légère et même plutôt jaunâtre que jaune,
« couleur paille. Coloration ictérique des urines, lesquelles
« les présentent les caractères physiques et chimiques
« des urines bilieuses. Selles variables, rares le plus souvent,
« quelquefois décolorées. Apyrexie habituelle. En
« certains cas, toutefois léger mouvement fébrile, surtout
« au début; état de malaise plus ou moins accentué. Lassitude,
« courbature, céphalalgie, troubles gastriques,
« appétit diminué; langue un peu jaunâtre, bouche amère.
« Nausées et parfois même vomiturations. Foie normal et
« indolent dans la plupart des cas, quelquefois cependant
« légèrement augmenté de volume et sensible à la pression.
« Du reste il y a des variétés nombreuses dans l'intensité de ces divers symptômes: l'ictère peut seul exister sans autres accidents morbides ».

L'évolution ne présente rien de spécial. La guérison est la règle et survient en 12 à 15 jours. Toutefois elle a pu être plus lente et ne se produire qu'au bout de 2 à 3 mois.

Mais il est de l'ictère syphilitique comme de tout autre: il peut se terminer par l'ictère grave ainsi que l'indiquait Schröder dans sa thèse inaugurale.

Diagnostic. — Il semble donc qu'il y ait peu de données permettant d'établir un diagnostic ferme d'ictère syphilitique. Il importera pour cela de les mettre en évidence.

Plaideront en faveur de la syphilis :

1° Les circonstances étiologiques spéciales, c'est-à-dire l'absence des causes d'ictère et la coexistence de lésions syphilitiques.

2° Le début lent, graduel, non précédé de troubles digestifs.

3° L'apparition de l'ictère avec l'exanthème et surtout sa récurrence avec la récurrence de l'exanthème.

4° L'existence de selles colorées.

5° La sensibilité du foie, la tuméfaction de la glande.

6° La coexistence d'autres manifestations viscérales pouvant être imputées à une maladie générale et paraissant dues à la syphilis : surtout l'hypertrophie splénique de M. Besnier.

7° La lenteur de l'évolution.

8° Enfin, surtout l'influence du traitement.

Ces signes n'ont évidemment rien d'absolu. Le début n'est pas toujours lent puisque nous en avons décrit un brusque à allures d'infection aiguë, et même une autre forme émotive. Les selles sont souvent décolorées et le foie, souvent encore normal, ne présente aucune sensibilité.

Au surplus, ces considérations viendront lorsqu'on aura bien reconnu qu'il s'agit d'un ictère infectieux léger, et que le diagnostic différentiel aura éliminé toute cause d'ictère, en particulier !

a). — Les ictères par compression, tumeur ou bride de périhépatite.

b). — L'ictère lithiasique.

c). — L'ictère émotif.

2° *Ictère grave.* — L'ictère bénin, malgré ses ressemblances cliniques étroites avec l'ictère catarrhal ordinaire, s'en différencie cependant parfois par certains côtés. Mais l'ictère grave de la période secondaire est un ictère grave en général ; il n'y a pas deux modalités dans la déchéance de la cellule hépatique.

Le début en est variable : *secondaire* il est consécutif à un ictère bénin prolongé ainsi qu'il est probable que cela se passa pour le cas publié par Hilton Fagge. On voit, dans cette observation, qu'après un ictère de 3 mois de durée le foie s'atrophie rapidement, pour ainsi dire, à vue d'œil.

Primitif, l'ictère grave est insidieux ou brusque. Il est rare qu'il n'y ait pas de prodromes : malaise général, courbature, céphalée, inappétence. La fièvre est assez rare.

Presque dès le début, l'adynamie est marquée. Il se fait des hémorrhagies diverses, surtout des épistaxis ; dans une observation de Frerichs, il y a eu des selles sanguinolentes.

Les troubles nerveux consistent en un mélange d'excitation et de dépression ; agitation, insomnie, douleurs dans les membres, tremblement musculaire : soubresauts des tendons, mouvements convulsifs. Il peut même y avoir un demi-coma avec résolution des membres. Ferréol a

noté un délire intense avec stupeur de la face. Dans le cas de Hilton Fagge, le dernier jour les membres semblent paralysés.

Le foie est tantôt normal, tantôt un peu diminué ou même hypertrophié. En général l'atrophie domine : il se fait une destruction cellulaire.

La teinte de l'ictère est plutôt une teinte jaune sale.

Les troubles digestifs consistent en une inappétence absolue. Il peut exister une soif intense, se produire des vomissements.

Les urines sont rares, bilieuses. Elles ne contiennent pas toujours de l'albumine.

Il y a de la constipation ou bien des selles liquides, décolorées, ou au contraire brunâtres. Nous avons signalé plus haut la présence possible de sang.

Il peut exister de la dyspnée, probablement par intoxication, ou comme dans le cas de Roque et Devic, par refoulement du diaphragme par un épanchement ascitique.

Enfin la température est ordinairement élevée de 38 à 40°.

Marche. — Senator a rapporté un cas de guérison : mais Naunyn et Quincke tendent comme Mauriac à admettre l'idée d'une simple coïncidence.

Mais le plus souvent la mort est le terme de l'ictère grave dans la période secondaire, et elle survient par une déchéance totale de la cellule hépatique, qui n'étant plus à remplir son rôle protecteur, laisse aux infections et à la syphilis dans ce cas, toute carrière.

Diagnostic. — L'ictère grave, au cours de la période secondaire est-il un ictère syphilitique ?

On ne peut s'appuyer que sur :

1^o La coïncidence avec la syphilis ;

2^o L'influence si douteuse du traitement, car, dans tous les cas, ce traitement appliqué n'a empêché la mort de se produire. Et l'autopsie, sauf dans le cas de Roque et Devic, où il s'agissait probablement d'hépatite gommeuse généralisée, n'a donné que des lésions d'ictère grave, savoir dans les grandes lignes :

a). — *Caractères macroscopiques*. — Volume du foie rapetissé, sauf le cas de Talamon où l'organe pesait 1420. Mais la plupart du temps, le poids normal descend à 1100, 1000 et même 600 grammes. A la section, couleur jaune d'ocre. La vésicule est aplatie parfois même vide de bile et, dans un cas, les canaux hépatiques étaient comme oblitérés,

b), — *Caractères histologiques*. — On constate les lésions de l'hépatite aiguë, parenchymateuse et interstitielle et que nous ne décrivons pas ici.

Forme intermédiaire. — Talamon, discutant l'observation d'ictère grave, qu'il a publiée en 1897, dit qu'il est logique d'admettre des formes bénignes. L'ictère secondaire bénin et l'ictère grave seraient donc les deux extrémités d'une série, laissant place pour des formes intermédiaires, ou plutôt si tant est qu'on doive considérer l'influence de la syphilis sur le foie comme une influence infectieuse, le foie de la syphilis précoce doit réaliser tous les types du foie toxi-infectieux décrit aujourd'hui, depuis le type prolongé et récidivant jusqu'au type chronique qui réalise, d'après certains auteurs la cirrhose hypertrophique biliaire.

Et de fait, dans le groupe toxi-infectieux, peuvent être rangés certains ictères infectieux bénins, à durée exagérée, signalés par Neumann, et dans le groupe chronique, ce type d'hépatite syphilitique avec ictère chronique, signalé en 1876 par Hanot, et débutant à une période voisine de l'Infection syphilitique.

Période tertiaire. — Nous avons déjà dit la rareté de l'ictère à cette période. Lorsqu'il existe, il est tantôt orthopigmentaire et reconnaît probablement pour cause la compression des canaux biliaires par un ganglion hypertrophié, une gomme ou une bride cicatricielle ; ou tantôt métapigmentaire et révèle ainsi l'insuffisance, voire la déchéance de la cellule hépatique. Il se traduit alors par une teinte jaune sale des téguments ; il y a de l'urobilin dans les urines ; les selles ne sont pas décolorées. En somme on se trouve en présence d'un signe de cachexie, et les commémoratifs seuls, peuvent faire attribuer à la syphilis le rôle étiologique.

PATHOGÉNIE

Pathogénie. — Nous n'entreprendrons pas celle de l'ictère survenu à la période primaire et qui se confond avec l'ictère ordinaire, émotif ou gastro-intestinal.

Pour l'ictère secondaire, la tendance actuelle est d'en faire un ictère infectieux. Mais tous les auteurs sont loin d'admettre que la syphilis agit comme une infection, et multiples sont les théories que nous allons nous efforcer de présenter en 3 groupes.

1^o La syphilis ne joue aucun rôle dans la pathogénie de l'ictère.

C'est la théorie de Hardy, Mauriac, défendue par Naunyn et Quincke au Congrès de Wiesbaden, contre Senator, acceptée par Lasch, Arnheim à propos d'observations fort judicieusement discutées. En les analysant, on peut se convaincre qu'il y a entre la syphilis et l'ictère des relations de coïncidence et non de cause à effet. Dans le service de M. le docteur Brocq, à Lourcine, service de 100 vénériennes, sujets plus vulnérables que les autres, avec un mouvement de malades qui se chiffre par une moyenne de 15 à 20 entrantes chaque semaine.

nous avons observé 3 cas seulement d'ictère : deux cas frappant des blennorrhagiques, un seul cas survenant chez une syphilitique et qui n'a jamais pu être imputé à la syphilis. Et, ainsi que le faisait fort judicieusement remarquer M. Brocq, si les deux premiers ictères étaient survenus chez des syphilitiques, on n'aurait pas manqué d'en rendre la syphilis responsable.

Ce qui agit alors, c'est : soit les causes banales de l'ictère catarrhal invoquées plus haut : excès, émotions, infection..., soit le traitement mercuriel à cause des troubles gastro-intestinaux qu'il détermine.

*2° La syphilis agit sur le foie à titre de cause
predisposante.*

a). — Soit en déterminant une perturbation nerveuse avec troubles vasculaires excitant une hypersécrétion : on peut supposer que la même perturbation nerveuse qui détermine l'ictère émotif lors de l'apparition du chancre et dont nous rapportons une observation probante, se manifeste au moment de la poussée subite et imprévue de l'éruption roséolique.

b. — Mais plus vraisemblablement elle paraît agir en déterminant une poussée congestive du côté du foie. Cet organe si sensible aux intoxications et aux infections de toute sorte ne saurait rester inactif en présence de l'infection syphilitique et, pour réagir, il entre en suractivité fonctionnelle. Il est alors en état de moindre résistance et permet les infections d'origine gastro-intestinale :

soit par voie biliaire,

soit par la voie portale,

ou bien les infections générales par voie sanguine.

Dans tous ces cas on conçoit que, selon l'intensité de l'Infection, on aura affaire à l'Ictère bénin, ou au contraire à la forme grave.

3°. — *La Syphilis cause déterminante.*

a. — Hypothèses anciennes et erronées :

Gubler admettait une roséole des canaux biliaires : mais cette proposition n'a jamais pu être vérifiée. A supposer que cet énanthème existe, serait-il suffisant pour créer à la bile un obstacle à son cours normal ? Lance-reaux invoque la compression des voies biliaires par les ganglions du hile. Certes, à la période tertiaire, on a trouvé ces ganglions hypertrophiés, mais pour la période secondaire, outre que l'engorgement ganglionnaire n'est pas démontré, il faudrait encore prouver qu'il fût suffisant pour créer un Ictère par rétention. Au cours d'un cancer gastrique, par exemple, il nous est arrivé souvent de voir que les ganglions du hile étaient hypertrophiés et autrement durs et volumineux qu'il est coutume dans les adénopathies syphilitiques et cependant, jamais nous n'avons vu survenir l'Ictère.

De Lavarenne explique l'Ictère par une suite de poussées congestives déterminant l'altération du parenchyme hépatique, et particulièrement l'hypertrophie de la glande. Mais cette hypothèse ne suffisant pas à besoin d'être précisée par les suivantes.

b) hypothèses plausibles, mais non démontrées.

Il est en effet plausible de supposer que le virus syphilitique agit à la façon des infections ordinaires :

1^o Sur les canaux biliaires, lesquels deviennent le siège d'une angiocholite catarrhale. Dans le cas de Talamon, le cholédoque et les canaux hépatiques étaient absolument imperméables et comme rétractés.

2^o Sur les artères : il se produit alors une artérite spécifique d'où il résulte une compression des petites voies biliaires et consécutivement l'angiocholite.

3^o Sur la cellule hépatique, et selon l'état de cette cellule, plus ou moins résistante, selon la malignité de la syphilis, on aurait les deux formes, bénigne ou grave.

Période tertiaire. — On voit que la pathogénie de l'ictère au cours de la période secondaire a tendance à rapporter à l'infection syphilitique la production de ce symptôme.

Le processus infectieux nous semble, à la période tertiaire, n'avoir qu'une influence médiate. Les lésions de cirrhose, en modifiant le parenchyme hépatique (brides de périhépatite, cicatrices de gomme, ganglions du hile indurés) produisent l'ictère, mais plutôt en somme par un procédé mécanique. On voit que dans ce cas, il sera souvent difficile de dégager nettement la notion étiologique, l'alcoolisme ou l'impaludisme pouvant entraîner les mêmes conséquences.

CONCLUSIONS

Que conclure de toutes ces hypothèses ?

À la période primaire, l'ictère n'a rien à voir avec la syphilis.

À la période secondaire, nous nous trouvons en présence de deux formes :

Une forme bénigne,

Une forme grave.

Faut-il admettre que cet ictère secondaire est un ictère syphilitique ? Le critérium irrécusable manque, et tant que le microbe de la syphilis n'aura pas été constaté, vérifié et cultivé, il sera difficile d'être affirmatif.

On a bien le traitement mercuriel dont l'efficacité en matière de syphilis pourrait être un élément de diagnostic. Or, que voyons-nous ? C'est que les ictères bénins auraient guéri dans les mêmes délais, sans mercure, et que pour l'ictère grave, tout traitement reste impuissant. Cependant il faut retenir que le traitement peut prévenir peut-être la transformation en ictère grave, et que Sénator a vu un cas de guérison de ce dernier.

Nous nous trouvons en présence de deux grands groupes de théories : d'une part pour les uns, la congestion

ou une série de congestions produit l'ictère ; d'autres lui attribuent une origine syphilotoxique et ces hypothèses manquent respectivement de la confirmation absolue.

Nous prendrons une conclusion éclectique : les hypothèses du dernier groupe nous paraissent le plus vraisemblables. Que la coïncidence puisse exister, cela est certain, mais nous ne saurions refuser à la syphilis la possibilité de créer l'ictère qui en serait une manifestation directe au même titre que les plaques muqueuses ou la roséole. Nous dirons toutefois avec notre maître M. le Dr Brocq que la clinique et l'observation la plus exacte des faits viennent apporter peu d'éléments de justification à cette hypothèse.

Enfin, à la période tertiaire, l'ictère, rare d'ailleurs, est l'expression, lorsqu'il se manifeste, ou d'une déchéance de la cellule hépatique ou d'une compression mécanique des canaux biliaires et dans ce cas il est souvent difficile de dire ce qui revient à la syphilis ou aux autres intoxications ou infections chroniques.

OBSERVATION III

(In Mémoire de Gubler, 1852).

Claude D..., peintre décorateur, 23 ans, entre à l'Hôpital du Mili le 12 novembre 1844. Depuis l'âge de 14 ans où il fut pris d'un abattement général et subit, déterminé par une constipation opiniâtre, « il avait toujours éprouvé un peu « d'embarras dans les fonctions entéro-hépatiques ».

Vers la fin du mois de septembre 1844, après des rapports sexuels avec une fille publique, il s'aperçut qu'il avait une écorchure à la rainure du gland. Le 15 octobre suivant, cette ulcération avait revêtu tous les caractères d'un chancre induré à gangrène moléculaire.

Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, D... fut pris tout à coup d'un ictère intense, à la suite d'une émotion violente qu'il attribua à une perte d'argent qu'il avait faite au jeu. Peut-être aussi l'abus des boissons alcooliques qui très certainement avait déjà déterminé la complication gangréneuse du chancre n'était pas étranger à l'invasion de l'ictère.

Quand le malade fut soumis à notre observation il n'éprouvait aucune douleur à l'épaule droite : aucun changement appréciable ne s'était manifesté dans le volume du foie, et la région hépatique n'était pas douloureuse, seulement il était tourmenté par une constipation opiniâtre.

La teinte ictérique avait atteint le summum de l'intensité possible ; toutes les sécrétions étaient fortement colorées en jaune, la salive surtout, et quant à la suppuration de la balanoposthite et du chancre, on l'eût prise pour de la bile pure.

Ce malade avait en même temps la gale. Il dut être soumis

à des frictions d'onguent citrin tous les deux jours. On lui donna en outre pour boisson, de la limonade tartrique : et tous les deux à trois jours, il prenait deux pilules écossaises. Aucun autre traitement spécifique ne fut fait.

L'ictère ne disparut que vers le commencement du mois de février.

A travers la coloration jaune foncé de la peau il avait été impossible de découvrir aucune trace de syphilide exanthématique. Cependant déjà les ganglions cervicaux postérieurs étaient engorgés.

Au moment où l'ictère disparaissait, on vit surgir sur plusieurs points différents une éruption mixte papulo-squameuse et papulo-lenticulaire. Le cuir chevelu était en même temps le siège d'une éruption impétigineuse disséminée.

Quand l'éruption fut complètement développée, le malade éprouva des douleurs céphaliques et lombaires, accompagnées d'une oppression très forte.

Les accidents syphilitiques disparurent avec l'usage des pilules de proto-iodure de mercure et le malade sortit le 18 janvier 1845 (dit l'observation probablement erreur de date (Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens).

OBSERVATION IV

in Mémoire de Gubler.

Le premier cas d'ictère accompagné de la syphilis constitutionnelle s'est présenté à mon observation au commencement de 1848 chez un malade couché au n° 19 de la salle 111. (Service de M. Ricord), qui était entré avec une syphilide papuleuse lenticulée.

La première période de son affection vénérienne n'avait offert rien de spécial. L'accident primitif était un chancre induré accompagné de la pleiade ganglionnaire. Mais le début des accidents secondaires avait été marqué par des symptômes gastriques plus caractérisés que d'ordinaire. Après plusieurs jours de malaise, d'anorexie, de nausées, de douleurs dans l'épigastre, l'hypocondre et le dos, cet homme était devenu jaune. En même temps son corps s'était couvert d'une éruption. Aucun écart de régime n'avait été l'occasion de ces troubles du côté des organes digestifs. Le foie n'était pas sensiblement augmenté de volume.

Le malade fut mis à l'usage des amers et des pilules de proto-iodure de mercure. L'ictère se dissipa longtemps avant que l'éruption papuleuse ne fût éteinte.

OBSERVATION V. (Gubler).

En septembre 1848, je fus appelé pour voir un étudiant en médecine chez lequel s'était développé un ictère intense en même temps qu'une syphilide roséolique et papuleuse succédant à un chancre induré, M. Rames lui avait donné des soins pour le chancre et le voyait de temps en temps lorsque la roséole apparut au milieu du cortège habituel des symptômes qui marquent le début des accidents secondaires : céphalalgie, douleurs rhumatoïdes, auxquels se seraient joints des troubles digestifs très prononcés. En même temps la peau prit une teinte jaune qui ne tarda pas à devenir assez intense pour constituer un ictère vrai.

Aucun traitement général n'avait été encore entrepris. Nous prescrivîmes les pilules de proto-iodure de mercure. La jaunisse ne fut pas de longue durée.

OBSERVATION VI. (Gubler).

En 1851, lorsque je remplaçais le Dr Kapeler à l'hôpital Saint-Antoine, M. Canuet interne du service admit un malade qui présentait un ictere combiné avec une syphilis constitutionnelle.

Cet homme, âgé d'environ 30 ans, maigre, mais de bonne constitution était, pour la première fois, affecté d'accidents syphilitiques. A son entrée, il était vierge de tout traitement interne, et portait sur le fourreau de la verge une cicatrice indurée, qui avait fait place à un chancre datant de 3 mois, à peu près. Les autres symptômes concordaient parfaitement avec cette induration à savoir : adénopathie inguinale, multiple et indolente, syphilide papuleuse disséminée ; plaques grises sur différents points de la cavité buccale, tuméfaction de deux ou trois ganglions sous-occipitaux et mastoïdiens coïncidant avec quelques points rouges et écailleux du cuir chevelu et une alopécie peu prononcée.

En même temps la peau et la sclérotique offraient une teinte jaune très manifeste.

Tout cela datait de plus de deux semaines. A partir de ce moment, sans cause occasionnelle appréciable, le malade avait ressenti un malaise général qu'il n'avait pas bien analysé : mais qui était accompagné de perte d'appétit et de douleurs de tête. La jaunisse se manifesta presque aussitôt et augmenta durant quelques jours. Elle était déjà en voie de décroissance lorsque le malade fut soumis à mon observation et s'effaça rapidement par l'usage des pilules. Il en fut à peu près de même des accidents secondaires proprement dits.

Nous n'avons constaté aucune augmentation de volume du foie, aucune sensibilité dans l'hypochondre droit, ni dans la région épigastrique. L'appétit était revenu, les fonctions digestives s'exécutaient régulièrement et le malade mangea immédiatement deux portions,

OBSERVATION VII (Gabler).

Clarisse R... âgée de 19 ans, domestique, entre à la Charité, service de M. Bouillaud le 6 août 1850.

Femme blonde bien constituée et dit avoir toujours joui d'une bonne santé. Enceinte de 4 mois ; pendant les deux premiers mois de sa grossesse, elle a été sujette à des vomissements et vers l'époque où cet accident s'est dissipé, elle a remarqué l'existence de fleurs blanches assez abondantes. Plus tard l'écoulement leucorrhéique augmenta beaucoup et devint extrêmement pénible. Les derniers rapports sexuels ont eu lieu 6 semaines avant l'entrée à l'hôpital.

Il y a maintenant 12 à 15 jours que ses digestions se sont de nouveau dérangées. En même temps, elle a souffert de maux d'estomac et d'une constipation assez opiniâtre. Il se joignait à cela une céphalalgie assez intense. Pas de fièvre, pas de coliques. Seulement des vomissements, les uns à jeun, les autres provoqués par l'ingestion des boissons. L'appétit est complètement perdu

Ces symptômes duraient depuis 5 à 6 jours quand la malade s'aperçut qu'elle était jaune.

Etat actuel. — Teinte jaune verdâtre foncée de tout le corps, plus intense encore aux sclérotiques. Sur les membres supérieurs, nous remarquons d'abord une éruption en partie

composée de taches rouges, cuivrées, sans élevures et en partie de papules saillantes dont quelques-unes sont recouvertes d'une croûte très mince. Cette éruption se retrouve avec les mêmes caractères sur les membres inférieurs et le tronc et ne s'accompagne d'aucune démangeaison. Pustules echtymateuses autour des parties génitales. Croûtes dans le cuir chevelu. Ganglions cervicaux postérieurs engorgés. Chute des cheveux. Douleur de gorge depuis 3 à 4 jours ; difficulté pour avaler : tuméfaction considérable des amygdales avec plaques grisâtres. Pas de traces d'ulcération primitive sur les parties génitales externes. Le vagin non exploré est le siège d'un écoulement puriforme abondant.

Anorexie. Langue chargée d'un enduit saburral épais. Douleur à la région épigastrique. Le foie déborde les fausses côtes. Constipation. Pas de fièvre, ni céphalalgie. Insomnies.

Traitement. — Quassia amara, et deux pilules de 0 gr. 05 centigr. de protoiodure de mercure.

Au bout de quelques jours, les pilules donnent des coliques et sont supprimées, puis reprises et continuées pendant 15 jours. Puis, on les cesse à cause de la stomatite, mais déjà la jaunisse et l'éruption s'étaient considérablement atténuées.

Au 7 septembre 1850. — Sortie de l'hôpital après un mois de séjour. Syphilides disparues ainsi que la coloration de la peau. Il restait une nuance jaune légère aux sclérotiques. La grossesse marchait avec régularité et le fœtus remuait énergiquement.

OBSERVATION VIII

(In, Thèse de Lacombe, 1874).

Ictère secondaire.

F.... Delphine, teinturière, 21 ans, entre le 4 septembre 1860, sort le 19 novembre.

Ophtalmies répétées dans l'enfance. Réglée vers 18 ans. Menstruation irrégulière. Dernières époques au commencement de juillet. Premières relations sexuelles il y a 3 mois(?); dernier coït il y a 15 jours, toujours avec le même individu qui ne lui a pas paru malade.

Il y a 2 mois, elle a constaté une enflure à la partie gauche. Des boutons sont survenus avec prurit, et ont augmenté jusqu'à ce jour. Elle a beaucoup pati depuis un mois. A cette époque, elle est devenue jaune, a ressenti de la fatigue générale, de la courbature. Elle a dû quitter son travail, et est tombée dans la misère.

Etat actuel. — Facies fatigué. Coloration ictérique générale, médiocrement intense, plus marquée à la face. Appétit revenu: constipation; urines rouges. Peau fraîche. Pas de croûtes dans les cheveux. Langue un peu rouge à la pointe. Légère rougeur de la gorge. Pas d'éruption à la peau. Ganglions inguinaux développés des 2 côtés.

A la lèvre gauche, ulcération profonde à base iodurée.

Le 9 novembre, il y a encore une légère coloration jaune.

OBSERVATION IX

(in thèse de Lacombe, et empruntée au 2^e mémoire de Luton, 1857).
Ictère secondaire.

Le 12 février 1857, entre à St-Antoine le nommé D..., boucher, 35 ans. Constitution forte : tempérament lymphatico-sanguin. Il y a 4 ans, rhumatisme articulaire, aigu de 1 mois et demi. Fort mangeur, mais digestion bonne. Pas d'excès alcooliques. Il y a 10 mois, il a eu sur la face dorsale de la verge une ulcération qui a suppuré six semaines, laissant une plaque indurée recouverte de cicatrice brune. Aucun traitement antérieur.

Le 4. — D..., a été pris tout à coup de fièvre, céphalalgie, difficulté d'avaler.

Le 9. — Apparition sans douleur d'une éruption générale qui n'a pas changé depuis, dit le malade. A son entrée, voix enrouée, yeux brillants, conjonctives injectées avec coloration ictérique. Le fond de la peau est même un peu jaune sous l'éruption. Adénopathie bis-inguinale.

Langue blanche, très saie. Pas d'appétit, constipation. Chaleur modérée ; 88 pulsations. Le foie déborde le rebord des fausses côtes, en dehors, de près de 2 travers de doigt. Pression à l'épigastre non douloureuse. Urines fortement colorées, verdissent par l'acide nitrique.

Traitement. — Pilules bleues.

Le 18. — L'ictère a disparu presque complètement. Foie moins gros.

OBSERVATION X

(id.). Ictère catarrhal à la période secondaire. Roséole coexistante.
Guérison.

D. C..., 25 ans, lingère, entre le 24 juin 1874 à Necker.
Femme bien constituée. Aucune maladie jusqu'ici. 2 enfants
sans accident.

Il y a deux mois, elle contracte probablement un chancre
infectant dont elle ne s'aperçoit pas. Depuis près de six
semaines, malaises, courbature, douleurs vagues dans le bas
ventre : inappétence, troubles digestifs ; frissons et fièvre
le soir. Pas de maux de tête ni de douleurs rhumatoïdes.

Depuis une quinzaine est apparu un ic'tère aussi intense sur
la peau que sur les muqueuses, s'accompagnant d'un peu d'a-
mertume de la bouche. Prurit peu prononcé. Ralentissement
du pouls notable. Pas de xanthopsie. Matières peu colorées
Urines foncées tachant le linge.

Ce qui caractérise cet ic'tère, c'est la coexistence d'une
éruption de taches pâles, peu prononcées sur le cou et la
poitrine, confluentes aux cuisses, abdomen et dos. Cette
éruption s'est montrée dix jours après l'ic'tère.

Volume modéré du foie. Pas de douleurs à la vésicule ni
épigastre. Fonctions digestives intactes.

Traitement. — 2 pilules de protoiodure de mercure.

Le 26. — L'ic'tère pâlit un peu. Pouls : 52 pulsations. Uri-
nes vert bouteille.

Le 29. — L'ic'tère est plus foncé. Inappétence. Maux de
tête. Le foie est toujours normal.

2 février, — Douleur lombaire en rapport avec les règles.

10 février. — Les règles ne sont pas venues, mais la douleur persiste. L'ictère a pâli.

14 février. — Ictère disparu. Santé générale bonne.

OBSERVATION XI

(in thèse de Lacombe, communiquée par le professeur Fournier).

Ictère secondaire. Boulimie.

X..., 25 ans, vu le 11 janvier 1869. Constitution assez bonne : tempérament un peu lymphatique. Bonne santé, pas d'excès.

Début du chancre, les premiers jours de décembre 1868.

Syphilide papuleuse naissante au moment de la consultation.

Traitement. — 1 pilule de Proto-Iod.

Un mois après, ictère datant de 4 à 5 jours, très intense, survenu progressivement et précédé d'une boulimie caractéristique.

OBSERVATION XII

(In thèse de Delavarenne). Ictère précoce.

Malade, 36 ans, scieur de long, grand, vigoureux, bien constitué. Syphilis au début de 1876. Dans les antécédents, une fièvre typhoïde en 1863; chancre mou en 1872. Pas d'alcoolisme ni d'impaludisme.

Guérison du chancre longue.

Accidents consécutifs : 6 semaines après le début du chancre. Les troubles constitutionnels précédèrent : fièvre ves-

pérale et nocturne, irrégulière. Diaphorèse, agitation, insomnie; céphalées violentes, surtout la nuit. Douleurs dans les membres, faiblesse générale. Roséole érythémateuse.

A la 8^e semaine, arthropathies douloureuses au genou droit et au genou gauche, sans hydarthrose, se généralisent. Durée 15 jours. Douleurs crampoïdes musculaires.

L'arthropathie est guérie depuis 8 à 10 jours : le malade présente une teinte ictérique. Pas d'excès antérieurs; pas de catarrhe gastro-intestinal, ni secousses physiques ou morales. Le traitement ne pouvait être incriminé : 0 gr. 06 centigr. de proto-iodure de mercure.

4 à 5 jours après douleur légère à la palpation et à la percussion. Hypertrophie. Teinte ictérique devenue orange.

Etat au 15^e jour : pouls 68, régulier. Peau fraîche : température 37°.8. Langue humide, rose, peu chargée. Légère inappétence. Un peu de douleur à la pression de l'épigastre. Ventre plat et souple. Une ou deux garde-robes par jour, fétides et décolorées.

Le bord supérieur du foie remonte jusqu'à la 6^e côte. Le bord inférieur descend à 3 travers de doigt au dessous des fausses côtes.

Durée ; environ 50 jours.

OBSERVATION XIII

(Obs. I in thèse de Schröder 1887).

Ictère secondaire.

M..., Antoine, 37 ans, employé de chemin de fer, entre le 26 octobre 1886, à l'hôpital St-Antoine.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à 14 ans. Abscesses ganglionnaires vers 8 ans. Blennorrhagie à 18 ans guérie facilement.

A 22 ans, autre blennorrhagie, étant soldat. Chancre mou.

Marié à 25 ans. Pas d'enfant. Pas de fausses couches chez sa femme.

Vers janvier il a des rapports avec une autre : un mois après environ, début du chancre.

Avant son entrée, vers juillet, il a présenté déjà une éruption papulo-squameuse dans les espaces interdigitaux du pied droit.

Sur la face, depuis 2 mois, au-dessous des orifices des narines, croûtes brunâtres, ovales, reposant sur une surface rouge vif, ulcérée, très adhérente.

Syphilides pustulo-squameuses du cuir chevelu. Alopecie. En somme, signes nets de syphilis secondaire, et en même temps ictère marqué avec coloration jaune safran des conjonctives.

Le malade s'aperçoit de cette teinte vers le 1^{er} septembre sans aucun trouble concomitant. Appétit conservé : nulle douleur.

Pas d'augmentation du volume du foie.

Constipation depuis longtemps. Selles décolorées.

Urines 1060 gr. rouge brique, sans sucre ni albumine.

Traitement : 1 pilule de Proto. Iodure de mercure.

Le 28 octobre, l'ictère est disparu aux conjonctives.

Le 5 novembre l'ictère de la peau est disparu.

OBSERVATION XIV.

(Obs. II, *in* thèse de Schröder, communiquée par le Dr Hamonic).
Ictère secondaire.

Michel..., 27 ans, relieur. Entrée : 2 octobre 1886.

Pas d'antécédents héréditaires : père mort d'accident mère bien portante ; deux frères jeunes bien portants.

Malade robuste, bien musclé. Pas d'alcoolisme ni d'excès, Sur le prépuce, depuis 8 jours, érosion superficielle rouge luisante ; induration parcheminée.

Polyadénite inguinale double.

Pas d'accidents secondaires.

Etat général bon.

Diagnostic. — Chancre induré.

Traitement. — Pommade au précipité blanc. Bains.

Vers la fin d'octobre, syphilides érythémateuses. Angine syphilitique légère. Un peu d'alopécie. Adénopathie cervicale et épitrochléenne.

Etat général bon.

Un peu de céphalalgies à retours nocturnes.

Traitement. — 0 gr. 10 centigrammes de proto-iodure.

Vers le 28 décembre. — Le malade suspend le traitement, se croyant guéri.

Le 2 février. — Il revient et est jaune depuis la veille. Suffusion ictérique généralisée.

Démangeaisons au tronc et vers les flancs.

Prisme biliaire net dans les urines par l'acide azotique.

Pas de fièvre ni diarrhée. Appétit conservé.

Pas de céphalalgie. Aucun malaise. Bouche un peu pâteuse. Langue saburrale.

Diagnostic. — Ictère syphilitique secondaire.

Traitement. — Injection de 0 gr. 10 centigrammes de peptone hydrargyrique. Le 8 février, après la septième piqûre, plus d'ictère.

Légère poussée nouvelle le 2 mars, le malade ayant réduit sa dose de liqueur de Van Swieten.

Ictère grave.

OBSERVATION. XV

(Obs. XXIII. *In* thèse de Lacombe et recueillie par Charcot dans le service du professeur Piorry).

Il s'agissait d'une femme de 23 ans, entrée le 14 août et morte le 24. L'autopsie révèle les lésions de l'atrophie jaune aiguë.

OBSERVATION XVI

(Obs. XX. *In* thèse de Lacombe, Hilton Fagge).

Francés A..., 23 ans.

Eruption 6 mois avant son entrée à l'hôpital.

Pas de mal de gorge. Alopecie. Jamais de fausse couche.

Actuellement, a un enfant de 10 mois.

Jaune depuis 3 mois.

Peau et conjonctives jaune foncé. Pupilles dilatées. Les bras

sont recouverts d'une éruption squameuse légèrement rouge.

Soif et envie de vomir après le repas.

Urines bilieuses sans albumine.

Dépression profonde. Selles décolorées.

Le foie semble diminuer à vue d'œil, car le 12 on sentait son bord inférieur sous les côtes, et le 13 la matité hépatique n'occupe que l'espace entre la 6^e et la 8^e côte. Ecume à la bouche. Tremblement musculaire. Respiration irrégulière et suspirieuse. Le dernier jour, les membres semblent paralysés. Salive écumeuse et jaune.

Autopsie. — Foie atrophié.

OBSERVATION XVII

(In thèse de Gallot).

Ictère malin coïncidant avec un chancre des petites lèvres. Ramollissement aigu bilieux du foie (Publ. par Ferréol. Soc. Anatom., 1858).

Femme B..., 25 ans, bonne constitution, chapelière. Pas de maladies graves antérieures ayant retenti sur le tube digestif ou ayant atteint l'organisme. Pas d'alcoolisme.

Entre à l'hôpital en juin 1858 pour se faire traiter d'une syphilis contractée au dernier mois de l'année précédente. Depuis un certain temps elle remarque une légère teinte jaune du visage. Appétit diminué de plus en plus. Sensation de soif. Faiblesse constante.

Vers le 10 février, accidents : diarrhée abondante, vomissements jaunes fréquents. Sensation de froid continuelle. Pas de délire. Pas de démangeaison de la peau.

Vers le 20, la teinte ictérique devient plus foncée. Délire

furieux avec cris, agitation, affaiblissement de la vue et de l'ouïe.

Vers le 1^{er} mars, teinte ictérique, olivâtre, généralisée avec cyanose des extrémités et des lèvres. Demi-coma avec résolution des membres. Délire intense s'accompagnant de stupeur de la face. Ventre ballonné, sonore, indolent. Du côté du foie, matité restreinte qui n'atteint pas le rebord des fausses côtes.

Pas d'émaciation. Pouls dur et résistant.

Le lendemain, Selles liquides et brunâtres. Urines tachant le linge. Matité hépatique et état général stationnaires.

4 mars. — Pouls dur et résistant.

6 mars. — Coma complet avec respiration stertoreuse.

La malade meurt dans la nuit.

OBSERVATION XVIII

(Obs. II, *in* thèse de Gallot. Frerichs).

A. L..., mariée, 45 ans, enfants bien portants.

Pas de maladies antérieures.

Volume du foie normal. Rate petite. Selles au début diarrhéiques, devenus difficiles et blanchâtres.

Les accidents nerveux s'aggravent chaque jour.

La mort survient 3 mois après l'entrée à la clinique au milieu de vomissements, hémorrhagies intestinales, selles sanguinolentes, tous les symptômes d'un ictère grave.

OBSERVATION XIX

(Obs. III. Gallot. Thèse de Faligan, Paris 1863).

Syphilis secondaire. Ictère brusque. Convulsions. Coma.

Atrophie jaune.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, garde-magasin.

Bonne santé jusqu'à 5 mois avant la terminaison fatale époque à laquelle il contracte une syphilis grave.

Prodromes 5 ou 6 semaines avant le coma.

L'ictère était apparu 3 mois après le début de l'accident primitif.

OBSERVATION XX

Roque et Devic. *Congrès de Lyon*, 1894.

Ictère grave mortel pendant le cours de la période secondaire de la syphilis.

B. S..., âgée de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, Salle St-Roch, service de M. Bondet le 4 juillet 1892.

Décédée le 16 juillet à 9 h. du soir.

Père mort à un âge avancé d'une fluxion de poitrine. Mère vivante et bien portante.

Bonne santé antérieure. Pas de scrofule dans l'enfance. Ne tousse pas souvent, ne s'est jamais enrhumée facilement. Réglée à 12 ans.

A 14 ans, jaunisse consécutive à une frayeur et qui dura 3 mois, sans état général grave, sans avoir été accompagnée ni précédée d'aucune manifestation douloureuse à l'épigastre ou à l'hypochondre.

Fluxion de poitrine à 16 ans. Mariée à 18 ans. Elle a eu

deux enfants à terme qui sont vivants et bien portants. Jamais de fausse couche et a été toujours bien réglée jusqu'à ces derniers mois. Les accouchements n'ont rien présenté d'anormal, et depuis sa fluxion de poitrine la malade malade n'a eu aucune affection, légère ou grave.

En mars 1892, la malade alla consulter le Dr Raffin pour des glandes inguinales qui ne tardèrent pas à suppurer. Depuis ce moment, son état général ne fut pas bon. Elle perdit peu à peu ses forces et son appétit, et sans être absolument malade, dit-elle, elle sentait qu'elle avait quelque chose d'anormal. Pendant le mois de mai, elle alla plusieurs fois consulter le Dr Restoye qui l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de « Anasarque par néphrite survenue au cours d'une syphilis ».

En interrogeant la malade, il est impossible de rien savoir sur le siège et le moment d'apparition de l'accident primitif.

Elle raconte que c'est vers le 15 mai environ qu'elle a vu ses jambes enfler pour la première fois : que cette enflure a été d'emblée douloureuse et n'a pas tardé à augmenter ; au bout de 5 semaines environ (c'est-à-dire depuis les premiers jours de juin) le ventre augmente notablement de volume. Elle ne peut dire exactement depuis quand elle est jaune.

Actuellement, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'anasarque. Aux membres inférieurs, l'edème est considérable la peau est blanche. Sur plusieurs points, on rencontre des marbrures violacées qui indiquent une menace de rupture. Aux organes génitaux externes, edème bien marqué ; les grandes lèvres ont un aspect presque gangréneux et exhalent une odeur repoussante ; sur la droite on trouve une ulcération

très superficielle, arrondie, dont la base est parcheminée, très dure. Dans les aines, on trouve à droite la cicatrice du bubon suppuré et une série de petits ganglions durs. Le ventre est considérablement augmenté de volume, augmentation due un peu à une faible quantité de liquide ascitique très mobile dans la cavité péritonéale, mais surtout à une accumulation considérable de gaz dans l'intestin. La percussion abdominale n'est douloureuse en aucun point. La matité hépatique est très peu étendue. La rate ne dépasse pas les fausses côtes.

La pointe du cœur bat dans le quatrième espace, en dedans du mamelon.

A la palpation, on ne perçoit rien d'anormal;

A l'auscultation, le premier bruit paraît un peu traînant vers la pointe, mais il n'y a ni souffle vrai, ni galop.

Le pouls est régulier, assez fort. Point de pouls veineux. Pas de bruits anormaux dans les vaisseaux du cou.

Aux poumons, on ne trouve rien d'appréciable aux sommets. Aux deux bases il y a de la submatité, de l'obscurité très marquée du murmure vésiculaire avec quelques râles humides, mais il n'y a sûrement pas d'épanchements dans les plèvres. Ni toux ni expectoration. Dyspnée modérée due au refoulement du diaphragme.

La teinte ictérique n'est pas très marquée. Elle est cependant assez nette. Syphilide pigmentaire du cou des plus marquées. Pas de croûtes dans les cheveux; pas de plaques muqueuses dans la bouche. La langue est un peu saburrale. Appétit presque nul. Pas de vomissements alimentaires. Constipation depuis quelques jours.

Fièvre. Embonpoint conservé. Pas du tout d'aspect cachectique.

8 juillet. — La température a oscillé depuis le premier jour aux environs de 39°. Langue sèche. Lèvres fuligineuses. Aspect typhoïde. La teinte ictérique est plus prononcée. Pas de délire. L'œdème des membres a augmenté. L'ascite est plus prononcée.

Depuis hier les urines ont notablement changé d'aspect. Les deux premiers jours, elles étaient simplement acajou, ictériques, et contenant de légères traces d'albumine. Aujourd'hui elles sont noirâtres avec des reflets rouge sombre. Au microscope on y trouve une petite quantité de globules rouges. Pas de cylindres urinaires.

Le réactif de Gmelin et celui de Pettenkoffer donnent des résultats positifs très nets. Point d'hémoglobine au spectroscope, mais une quantité considérable d'urine. Quantité d'urine en 24 heures : 600 gr. Urée : 6 grammes.

10 juillet. — Urines mêmes caractères, cependant moins foncées, plus acajou. Contiennent toujours beaucoup d'urobiline et point d'hémoglobine. Ce matin on trouve sur le ventre et la face interne des cuisses des petechies en assez grand nombre et d'assez grande dimension. On donne à la malade de l'iodure de potassium et du sirop de Gibert. Glycosurie alimentaire extrêmement nette.

Son mari vient la voir : nous pouvons l'examiner et l'interroger à loisir. Le 25 décembre 1891, après un dîner un peu copieux, étant presque en état d'ivresse, il eut des rapports avec une fille publique. Quinze jours après, le 10 janvier, il s'aperçut qu'il avait sur la verge un bouton en un point aujourd'hui le siège d'une cicatrice bien marquée. Le Docteur Raffin lui dit qu'il avait un chancre et le met au

traitement mercuriel, et recommande en outre de n'avoir aucun rapport avec sa femme.

Mais, nous dit cet homme, le mal était déjà fait car, quelques jours après, le 25 janvier environ, sa femme présentait à son tour un bouton sur les parties génitales et des pertes blanches. Environ 5 semaines après, sa femme présente un bubon suppuré de l'aine droite. Il la montra au Dr Raffin qui constata les traces d'un chancre et une roséole nettement caractérisée, en outre quelques plaques muqueuses à la bouche et à l'anus.

Traitement mercuriel conseillé, mais presque pas suivi. Cet homme est très affirmatif et nous dit que sa femme ne prit que pendant peu de temps et très irrégulièrement les remèdes prescrits. Au dire de son mari, cette femme est très sobre, ne prenant jamais d'alcool et même ne buvant à ses repas jamais de vin pur.

12 juillet. — L'état général devient de plus en plus mauvais. Etat typhoïde de plus en plus accusé. Un peu de subdelirium; elle répond cependant bien aux questions. De temps en temps elle pousse des gémissements et s'agite avec angoisse.

La respiration est accélérée : 16 par minute, un peu irrégulière.

Aux poumons qu'on ne peut examiner que rapidement, rien de plus qu'au premier jour. Nouvelles taches ecchymotiques sur les cuisses et le ventre. Depuis hier, incontinence d'urine et des matières fécales.

13, 14 juillet. — Subdelirium continu. Elle n'a pas reconnu ses parents : pouls plus rapide et plus petit. Les matières fécales ont contenu hier et aujourd'hui une certaine quantité

de sang noirâtre. Météorisme et ascite ont augmenté, d'où volume du ventre considérable. —

Pas de nouvelles pétéchies. Narines pulvérulentes. Langue sèche et fendillée. Ne prend plus ses remèdes.

15 juillet. — Depuis hier, il semble s'être produit une légère amélioration. Elle a reconnu ses parents et pris quelques aliments sans les vomir. Palpation de l'abdomen toujours indolente ; on ne sent aucune tumeur. Pas de ganglions indurés ou volumineux dans les creux sus et sous-claviculaires. Le volume du foie est diminué ; la matité hépatique n'est pas plus de 6 centimètres en hauteur sur la ligne axillaire. La rate paraît grosse, mais on ne sent pas le rebord inférieur. Pas de nouvelles pétéchies ni de nouvelles hémorrhagies anales. Perd toujours des urines. La malade n'a pas sensiblement maigri.

16 juillet. — Le semblant d'amélioration constaté hier n'a pas duré. La malade est plus prostrée que jamais. Elle ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Les bruits du cœur sont sourds, le pouls, filiforme, est très accentué. Respiration stertoreuse, irrégulière. Pas de nouvelles pétéchies.

Mort à neuf heures du soir, sans délire violent, sans phénomène de Cheyne-Stokes, sans convulsions d'aucune espèce.

Autopsie. — 3 litres de liquide ascitique. Rate molle, volumineuse, diffluite ; poids 370 grammes. Poids du foie avec son enveloppe : 640 grammes. La capsule de Glisson est fortement plissée et de coloration gris sale. L'organe est modifié dans sa forme : bosselures. Il est difficile de distinguer les lobes. Les bosselures siègent surtout du côté de la convexité. La capsule s'enlève sans difficulté.

Coupe transversale : il ne s'écoule ni sang ni bile. L'as-

pect habituel du foie a complètement disparu : il est formé d'îlots annulaires d'une coloration jaune d'or entourés d'une seconde portion couleur chair musculaire.

OBSERVATION XXI

(Talamon *Méd. moderne*, février 1897).

Ictère grave à la suite d'une émotion. Mort.

Jeune fille, 17 ans, domestique, entre à Tenon, salle Royer, le 11 février 1895, pour une jaunisse dont le début remonte à 15 jours environ. Elle attribue cette jaunisse à une émotion qu'elle a ressentie à cette époque, (le 28 janvier) émotion accompagnée de chute sur le côté gauche.

Le lendemain, vers midi quelqu'un lui fit remarquer qu'elle avait les yeux jaunes. Elle ne peut manger de toute la journée. Le 30 janvier elle dut interrompre son travail ; l'inappétence persistait avec un malaise général et quelques frissonnements. Les yeux étaient toujours jaunes, les urines très foncées. La malade n'a pas remarqué que ses matières fussent décolorées à ce moment. Elles étaient au contraire, dit-elle, très noires. Le 2 février, l'ictère était généralisé et tout le corps était fortement coloré en jaune. Il n'y avait pas de fièvre : seulement de l'anorexie et de l'insomnie. Cet état persistant, en même temps qu'elle sentait ses forces décliner elle se décida à entrer le 11 à l'hôpital.

Fille brune bien constituée, n'ayant jamais fait de maladie antérieure. Elle présente un ictère d'un jaune foncé généralisé. La peau du cuir chevelu apparaît jaune à travers la chevelure. Le foie est augmenté de volume et dépasse les

fausses côtes de deux travers de doigt. La matité supérieure remonte jusqu'à la cinquième côte. On sent facilement au-dessous des côtes et à l'épigastre la surface lisse du foie qui est à peine douloureux à la pression.

La rate est grosse aussi et appréciable à la percussion sur une étendue de quatre travers de doigt. Les selles sont régulières moulées, mais absolument décolorées, d'une teinte argileuse semblable à du mastic. Les urines sont de quantité normale, 900 cc. dans les 24 heures; d'une couleur brun verdâtre, prenant par l'acide nitrique de la teinture d'iode une teinte vert bouteille et donnant par la chaleur et l'acide acétique un léger trouble albumineux. Le pouls est plutôt rapide, 90 pulsations; la température est normale le matin 37°,6, mais le soir elle monte à 38°4. Rien aux poumons ni au cœur. La langue est à peine saburrale. Inappétence mais pas de vomissements. Insomnie sans céphalalgie depuis le début de l'affection.

On pouvait en somme se croire en présence d'un cas d'ictère émotif, le début brusque à la suite d'une frayeur nettement précisée ne paraissant pas contestable. Mais en examinant la surface des téguments, on apercevait sur le fond jaune safran de la peau un grand nombre de taches roses qui prenaient par leur mélange avec la couleur jaune une teinte légèrement lilas, hortensia. Ces taches de dimension variable, de la grandeur d'un pois à celle d'une pièce de 20 sous n'étaient pas saillantes: c'étaient de simples macules disparaissant sous la pression du doigt. Elles ne s'accompagnaient d'aucune démangeaison et la malade ne s'était pas aperçue de cette éruption. Elles étaient surtout abondantes sur le ventre et sur le tronc: on en voyait aussi un certain nombre sur

les membres supérieurs et inférieurs. Il n'y en avait pas sur la face.

L'examen de la gorge et de la bouche ne montre aucune plaque muqueuse ; mais il en existe au niveau de l'orifice anal à forme papulo-érosive : en outre un écoulement verdâtre abondant s'écoule par le vagin et empêche la chemise ; des plaques muqueuses érosives se voient aussi sur la face interne des grandes lèvres. Dans la région inguinale, à droite comme à gauche, nombreux ganglions indolents gros comme des noyaux de cerises, roulant sous les doigts. De chaque côté de la nuque, mêmes ganglions indolents. Pas de croûtes dans le cuir chevelu, mais les cheveux sont clairsemés et tombent.

La malade avoue d'ailleurs qu'elle a depuis 3 mois des relations avec un individu qui était soigné à l'hôpital Saint-Louis.

L'existence de la syphilis étant incontestable, nous diagnostiquons un ictère syphilitique précoce. Nous prescrivons le régime lacté absolu et nous y ajoutons une cuillerée à soupe de liqueur de Van Swieten par jour.

Les jours suivants, l'ictère semble se foncer encore plus.

L'éruption de roséole est plus abondante, et des macules apparaissent sur la face. Les matières sont absolument argileuses, mais les urines restent de quantité normale, 1.000 à 1.200 c. c. par 24 heures. La fièvre est intermittente. La température normale le matin, monte le soir à 38°,6, 39°.

Le 20 février.— Se produit une épistaxis légère. Nous remplaçons la liqueur de Van Swieten par des frictions mercurielles, et nous prescrivons 4 gr. de salol par jour.

Le 21. — La quantité d'urine est de 2 litres, toujours for-

tement colorée en brun verdâtre. La teinture d'iode donne une couleur vert bouteille. Il y a toujours des traces d'albumine par la chaleur et l'acide acétique. Nouvelle épistaxis légère le matin. T. matin 36°,8. T. s. 38°,4.

Le 22. — L'ictère semble moins foncé, mais l'éruption de roséole est très abondante, couvrant le tronc, le ventre, envahissant le front. Le foie a diminué de volume. La limite supérieure est la même, mais le bord inférieur ne dépasse plus les fausses côtes. La rate est toujours volumineuse. Urines moins abondantes : 1 litre. T. mat. 36°,8, t. s. 39°.

On continue le même traitement et le régime lacté absolu, bien que la malade demande à manger.

Le 13 février au matin. — L'état est le même ; la malade se plaint seulement d'un peu de céphalalgie frontale. La quantité d'urine est de 1 litre, T. 36°,8. Brusquement dans l'après-midi, la scène change. Vers 4 heures, la malade commence à s'agiter et à prononcer des paroles incohérentes. Le thermomètre monte à 39°,5. Cette agitation se calme cependant dans la soirée, et la nuit est assez tranquille.

Le 24. — T. 36°, 8. 1 litre d'urine. La malade présente un certain degré d'excitation et se plaint de la tête, mais elle répond nettement aux questions. L'après-midi elle reste somnolente et semble ne pas connaître les personnes qui viennent la voir. Une selle toujours décolorée, mais mélangée d'un peu de sang rouge. T. s, 38°,2.

Le 25. — Agitation et délire toute la nuit. La malade est dans un demi-coma avec excitation délirante. Elle s'agite incessamment, se tournant et se retournant, pliant et étendant les jambes. Elle ne reconnaît personne, pousse des cris aigus ou profère des mots incohérents, le plus souvent des

injures ordurières. Il n'y a pas de paralysie; la sensibilité est plutôt exagérée; la malade crie dès qu'on la touche. Les pupilles sont égales; elle laisse aller ses urines sous elle. L'ictère et l'éruption roséolique n'ont pas varié.

La température est tombée à 36°. Pou's 70. Le soir, la malade est dans le coma complet. T. s. 37°,6.

Le 26 au matin, le thermomètre monte à 40°,5. La malade succombe dans le coma à 4 heures de l'après-midi.

Autopsie (résumée). — Bien que le poids du foie ne soit pas diminué (1420 gr.), l'aspect de l'organe est celui qu'on a donné comme caractéristique de l'atrophie jaune aiguë. En effet : Foie mou, flasque, diminué en épaisseur, comme étalé. Il s'affaisse et s'aplatit sur la table. Les bords sont plus minces et plus tranchants. La surface est lisse, mais la capsule blanchâtre et ridée, se plisse quand on le palpe comme si l'enveloppe était devenue trop large. La coloration extérieure est d'un jaune ocreux. A la coupe, la surface de section est couleur saumon, jaune marbré de rouge. La coupe est lisse et ne laisse pas couler de sang. De grands ilots rougeâtres sont disséminés sur le fond jaune. La consistance est molle et le doigt s'enfonce dans le tissu hépatique.

La vésicule et les voies biliaires sont absolument vides et ne contiennent pas de bile. Vésicule rétractée, ratatinée. Parois épaissies par cette rétraction. Un peu de mucus grisâtre à la surface de la muqueuse. Le cholédoque présente un aspect spécial; il forme un cordon dur de la grosseur d'une plume de corbeau : ses parois sont comme contracturées. Ni par l'ampoule de Vater, ni par l'orifice supérieur, ni par une surface de section on ne peut faire pénétrer un stylet dans l'intérieur du conduit. Les canaux hépatiques offrent le même

aspect de rétraction et d'imperméabilité : à l'union des canaux cystique et cholédoque, on trouve 2 ganglions indurés de la grosseur d'un haricot.

Rate grosse, assez résistante. Poids 300 gr. Surface de section : rouge.

Examen microscopique. — Hépatite aiguë diffuse, caractérisée par une infiltration embryonnaire de toute la trame conjonctive de l'organe avec destruction plus ou moins profonde des cellules hépatiques.

Vu : le Président de thèse
DEBOVE

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Rayer.** — 1837. Traité des maladies des reins.
- Ricord.** — 1839. Lettres sur la syphilis,
- Gubler.** — 1852. Mémoire sur l'ictère accompagnant quelquefois les éruptions syphilitiques précoces. (In Bulletin de la Société de Biologie, T. V).
- Luton.** — 1856. Moniteur des hôp. N° 106 en 1857, N° 60 et 88.
- Foville.** — Gazette hebdomadaire, 1858, n° 24.
- Ferréol.** — Bulletin de la Société anatomique, 1858.
- Hérard.** — 1864. Traité de la syphilis.
- Lancereaux.** — 1866. Traité historique et pratique de la syphilis.
- Lacombe (G.).** — Etude sur les accidents hépatiques de la syphilis chez l'adulte. Thèse de Paris, 1874.
- De Lavarenne.** — Essai sur la syphilis du foie chez l'adulte. Thèse de Paris, 1879.
- Mossé.** — Thèse de Paris, 1879.
- Quédillac.** — Thèse de Paris, 1887.
- Schröder.** — Contribution à l'étude de l'ictère secondaire. Thèse de Paris, 1887.
- Mauriac.** — 1890. Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire.
- Roque et Devic.** — Ictère grave mortel au cours de la pé-

riode secondaire de la syphilis. Congrès de Lyon, 1894.

Gallot (A.). — Ictère grave secondaire. Thèse Lyon, 1894.

Talamon. — Ictère grave mortel. Médecine moderne, février 1897.

Fournier (A.). — De la syphilis, 1899.

Gilbert et Surmont. — Art. Maladies du foie in Traité de médecine et thérapeutique, 1897.

Debove. — Ictère émotif, in Leçons de clinique médicale.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1890-1901.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 13^{me} éd.

